

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

INTERFERON ALFA

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-09-2009
NUMMER: 027-1

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND MEDISCH SPECIALIST
doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C',
toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Interferon alfa is door ondergetekende, medisch specialist, aan deze verzekerde voorgeschreven

kolom
1*kolom
2*

1 voor een indicatie waarvoor het geneesmiddel krachtens de wet op geneesmiddelenvoorziening is geregistreerd, te weten: Philadelphia-chromosoom-specifieke CML, folliculair Non-Hodgkin lymfoom, maligne melanoom (ziektevrij na chirurgie), haarcelleukemie, chronische hepatitis B, chronische hepatitis C, Kaposisarcoom gerelateerd aan AIDS; voorts (specifiek voor interferon alfa 2A) cutaan Tcellymfoom, gevorderde niercelcarcinoom; voorts (specifiek voor interferon alfa 2B) multipel myeloom, gemetastaseerd carcinoïd

JA
 NEE, ga naar 2

2 ter behandeling van één van de volgende **niet-geregistreerde** indicaties: eosinofiel granuloom, polycythemia vera, essentiële thrombocytose, levensbedreigend hemangioom bij zuigelingen, ziekte van Waldenström, laryngeale papillomatosis, uveitis bij ziekte van Behçet, acute hepatitis C

JA
 NEE, ga naar 3

3 ter behandeling van hemangiosarcoom

JA
 NEE, andere indicatie*

C HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
 c) NIET afgeleverd

AGB code apotheek:

datum:

handtekening:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 27** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan.
- Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.
- Voor eventuele aanvullende instructies bij: "NEE, andere indicatie", kijkt u op www.znformulieren.nl.

Zorgverzekeraars Nederland

